

Revocación de la autorización para usar o divulgar información de salud



Quiero cancelar o revocar el permiso que le di a Superior HealthPlan para compartir mi información de salud con la persona o el grupo siguientes:

Información del destinatario:

Nombre (persona o grupo): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: (____) _____ - _____ Fecha en que se firmó la autorización (si la sabe): ____/____/____

Información del miembro:

Nombre del miembro (en letra de molde): _____

Fecha de nacimiento del miembro: ____/____/____ Número de identificación del miembro: _____

Entiendo que mi información de salud ya puede haber sido compartida debido al permiso que di antes. También entiendo que esta cancelación solo se aplica al permiso que di para compartir mi información de salud con esta persona o este grupo. No anula otros formularios de autorización que haya firmado para compartir mi información de salud con otra persona u otro grupo.

Firma del miembro: _____ Fecha: ____/____/____
(Miembro o representante legal, firme aquí)

Si está firmando por el miembro, describa su relación a continuación. Si usted es el representante personal del miembro, describa esto a continuación y envíenos copias de los formularios (tales como orden de tutela o poder notarial).

Cuando obtengamos este formulario, Superior dejará de compartir su información de salud. Envíe este formulario a la dirección postal o al número de fax que figura a continuación. Si necesita ayuda o si tiene preguntas sobre este formulario, llame al número de teléfono de Servicios para miembros que figura en la parte posterior de su tarjeta de identificación de miembro.

Superior HealthPlan
ATTN: Compliance Department
5900 E. Ben White Blvd.
Austin, TX 78741
Fax: 1-833-205-1935